

OD CYBERNETYCZNEJ METAFORY RODZINY DO DIALOGU I NARRACJI¹

Barbara Józefik

Katedra Psychiatrii

Collegium Medicum UJ

*Dzięki narracjom wszystko, co zachodzi w przestrzeni społecznych relacji,
ma autora a właściwie wielu autorów.*

Anderson, 1997

Zawsze kiedy pytamy, tworzymy możliwą wersję życia.

Epston, 1995

Znaczenie idei narracyjnych w teorii i praktyce terapii trudno jest rozpatrywać w oderwaniu od ewolucji, która dokonała się w ostatnich dwóch dekadach w dziedzinie terapii rodzin, a więc w założeniach, w sposobie myślenia o rodzinie, w widzeniu roli terapeuty, w technikach terapii. Proces ten ma niewątpliwie charakter zmiany paradygmatu, wydaje się więc słuszne poddanie tego zjawiska bardziej wnikliwej analizie. Celem tej prezentacji jest zatem próba zarysowania miejsca myślenia narracyjnego w kontekście opisywanej ewolucji.

1. Kontekst historyczny terapii rodzin

W ponad już 50-letniej historii terapii rodzin możemy wyodrębnić dwa zasadnicze okresy. Pierwszy, obejmuje wyłanianie się terapii rodzin w latach 50. XX wieku, a następnie jej intensywny rozwój w latach 60. i 70. oraz w pierwszych latach następnej dekady. Etap ten, określany jako okres cybernetyki I rzędu, opierał się na klasycznym, wczesnym rozumieniu rodziny jako systemu, pozostającym pod przemożnym wpływem cybernetyki i teorii informacji. Szkoły terapii rodzin zalicza-

¹ Omawiana problematyka była przez autorkę przedstawiona w *Terapia jako proces współtworzenia nowych znaczeń i opowieści. Idee i praktyki narracyjne*, [w:] L. Górniak, B. Józefik (red.) (2003). *Ewolucja myślenia systemowego w terapii rodzin*. Kraków: WUJ. Niniejsze opracowanie stanowi modyfikację tego tekstu.

ne do tego okresu, takie jak strukturalna i strategiczna, bazowały na założeniu, iż rodzina jest „systemem obserwowanym”, a terapeuta niezależnym obserwatorem. Przyjęcie tej teoretycznej pozycji, którą można nazwać „złudzeniem obiektywności”, wynikało z modernistycznych założeń. W terapii wyrażało się to m.in. poszukiwaniem obiektywnej wiedzy na temat rodziny i rodzinnych relacji, pozwalającej terapeutom identyfikować wzorce funkcjonalne i dysfunkcjonalne, wskazywać, co powinno być zmienione, odwołując się do modelu funkcjonowania rodziny. Tym samym naturalne było założenie, iż terapeuta jest ekspertem, który wie lepiej, co jest dla rodziny dobre, i który jest odpowiedzialny za wprowadzenie zmiany (Hoffman, 1991; Flaskas, 2002).

Warto zaznaczyć, iż używane przez terapeutów pojęcia z dziedziny cybernetyki, informatyki, z jednej strony stwarzały ogromne możliwości teoretyczne i praktyczne, z drugiej, skutkowały mechanistycznym i uproszczonym widzeniem relacji rodzinnych. Metafory cybernetyczne pozwalały na dostrzeżenie powtarzających się wzorów wzajemnych relacji i ich cyrkularnego charakteru, na opisanie zachowań zgodnych z regułami systemu rodzinnego, czy podtrzymujących zasady tego systemu. Zadaniem terapeutów było odkrycie, w jaki sposób rodzina jest uwięziona w pętlach powtarzających się sekwencji i nieskutecznych zachowań powiązanych z niezbalansowaną hierarchiczną strukturą. Celem terapii było przerwanie dysfunkcyjnych wzorów i dążenie do wprowadzenia nowych reguł. Interweniowanie, dokonujące się poprzez stosowanie zróżnicowanych i specyficznych technik terapeutycznych, takich choćby jak interwencje paradoksalne, rytuały, zadania do wykonania, odgrywanie, było niezwykle istotnym aspektem aktywności terapeuty. Tak prowadzona terapia z jednej strony wprowadzała często spektakularne zmiany, z drugiej strony budziła wątpliwości. Pojawiały się pytania natury etycznej dotyczące relacji terapeutycznej, roli terapeuty, stosowanych technik. To, co istotne, to także zwrócenie uwagi, iż wprowadzone jako metafora pojęcie systemu rodzinnego zostało zreifikowane i zagubieni zostali członkowie rodziny jako osoby, podmioty rodzinnych relacji.

2. Teorie ponowoczesne a terapia rodzin

Drugi okres w terapii rodzin, obejmujący dwie ostatnie dekady, pozostaje pod wpływem ponowoczesnych teorii i ruchów filozoficznych. Pierwsze wyraźne wpływy myśli ponowoczesnej w terapii rodzin zarysowały się we wczesnych latach 80. XX wieku, kiedy to pojawiło się pojęcie cybernetyki II rzędu, wprowadzone przez Hienza von Foerste-

ra (1981). Istotny wkład von Foerstera to dostrzeżenie, iż terapeuta tworzy razem z rodziną „obserwujący system”, pozostający z sobą we wzajemnej interakcji. Perspektywa ta odwołuje się do konstruktywizmu, teorii biologicznej, bazującej na pracach Maturany i Vareli (1980) dotyczących poznania. Podstawowa teza konstruktywizmu zakłada, iż żaden organizm nie jest zdolny do odzwierciedlania rzeczywistości, lecz jedynie konstruuje obraz świata „model, który pasuje” (Glaserfeld, 1987). W konsekwencji, w centrum refleksji pojawia się obserwator i opisy, jakie tworzy, starając się zrozumieć świat i swoje doświadczenie. W odniesieniu do terapii rodzin pozwala to na nowe widzenie osoby terapeuty. Założenie, iż terapeuta jest jedynie obserwatorem, który nie ma bezpośredniego dostępu do zjawisk, a jedynie dysponuje własnym opisem, kwestionuje przypisywaną mu we wcześniejszym okresie metapozycję. Dzięki temu przedmiotem refleksji w terapii staje się, z jednej strony, pytanie, jaki obraz świata, swoich relacji mają członkowie rodziny, z drugiej – jak terapeuta tworzy sobie obraz rodziny, z którą pracuje. Dalsze pogłębianie refleksji nad intersubiektywną konstrukcją znaczenia możliwe było dzięki asymilacji w obszar terapii rodzin idei społecznego konstrukcjonizmu.

Nurt społecznego konstrukcjonizmu, łączący w sobie orientacje socjopsychologiczne, społeczno-polityczne i filozoficzne, stał się bogatym źródłem inspiracji dla nowych teorii i praktyk psychoterapeutycznych. Jego korzeni należy szukać w socjologicznych ideach Bergera i Luckmana (1983), Brunnera (1992), hermeneutyce Gadamera (1993) i Gergena (1996), w pracach Foucaulta (1987; 1999), czy wreszcie w dekonstrukcji Derridy (1992). Podstawowym założeniem społecznego konstrukcjonizmu jest to, iż rzeczywistość społeczna konstruowana jest przez dyskursy i wspólne działania, a wiedza dotycząca dziedzin społecznych nie ma charakteru uniwersalnego. Prace Bergera i Luckmana (1983), przedstawiające wiedzę jako społecznie budowaną konstrukcję, przekonująco pokazują, iż poznanie i wiedza zachodzą w określonych historycznych, kulturowych i ideologicznych kontekstach, współtworzonych poprzez dyskursy i współdziałanie. Formułując swoje epistemologiczne stanowisko, społeczny konstrukcjonizm zwraca się w kierunku „między-podmiotowego wpływu języka i kultury oraz hermeneutycznej interpretacji tekstu” (Pare, 1995). Z tego punktu widzenia stanowi on interesującą alternatywę zarówno w stosunku do modernistycznych poglądów o poznaniu obiektywnym, jak i konstruktywistycznego radykalizmu zakładającego istnienie izolowanych indywidualnych konstruktów wiedzy. Uznając, iż sposób spostrzegania przez nas świata zależy od biologicznej struktury naszego organizmu, jednocześnie podkreśla, iż możliwe jest dzielenie się interpretacjami „tekstów” swojego doświadczenia, a nawet że to wspólnotowe interpre-

towanie współtworzy nasze widzenie rzeczywistości. Znaczenie, interpretacja zajmują więc w tym ujęciu podstawowe miejsce, co wskazuje na semantyczny wymiar konstrukcjonizmu. Można przytoczyć za Pare:

jeśli doświadczenie rozpatrywać jako tekst wspólnie interpretowany społecznie, wówczas język odgrywa zasadniczą rolę w ukazywaniu różnic, które światu nadają istnienie (Pare, 1995, s. 6)

czy za Brunnerem:

[...] nauki społeczne zwróciły się w kierunku hermeneutyki, znaczenie stało się centralnym punktem odniesienia – jak świat jest interpretowany, w jakim sensie kultura sama w sobie może być traktowana jako tekst (narracja), którą uczestnicy „czytają” w oparciu o własne przesłanki (Brunner, 1986, s. 8, za: Freedman, Combs, 1996).

Idee społecznego konstrukcjonizmu w obszar terapii rodziny wprowadzone zostały za sprawą wielu psychoterapeutów. Warto tutaj wymienić Hary Goolishiana i Harlen Anderson z Galveston Family Institute, Lynn Hoffman z Amherst w Massachusetts, czy Toma Andersena z Tromsø z Norwegii. Autorzy ci, za społecznym konstrukcjonizmem, uznali konsensualny, kulturowy charakter wiedzy, istnienie wielości rozumień, z których żadne nie może pretendować to bycia „jedynie prawdziwym”. W odniesieniu do rodziny oznacza to wielość rozumień, prawd czy, jakbyśmy powiedzieli, „map”, jakimi dysponują członkowie rodziny. Owe mapy mogą być zbieżne lub przeciwstawne, wspólnie podtrzymywane bądź wzajemnie zwalczane. Pytania, jakie pojawiają się w tym kontekście, to: jak członkowie rodziny konstruują swoje widzenie relacji rodzinnych, na jakich doświadczeniach je opierają, jak interpretują swoje zachowania, jakie nadają im znaczenie. Równie ważna grupa pytań dotyczy osoby terapeuty, tego, jak on buduje swoją wiedzę na temat rodziny i relacji rodzinnych.

Podjęcia terapeutyczne oparte na przedstawionych powyżej, bardzo ogólnych założeniach, określa się zamiennie jako ponowoczesne, konstrukcjonistyczne bądź narracyjne (Flaskas, 2002). Warto jednak zauważyć, że pomiędzy społecznym konstrukcjonizmem i teorią narracji mimo wspólnych obszarów i źródeł występują także różnice. Bardzo pojemna teoria narracji swoim zasięgiem wykracza daleko poza obszar, w jakim korzysta z niej psychoterapia, gdyż obejmuje wiele dziedzin, aby wymienić: teorię literatury, filozofię, socjologię, antropologię, nauki społeczne.

Należy podkreślić, że teoria narracji była szczególnie inspiracją dla Michaela White’a – twórcy psychoterapii narracyjnej. Autor ten w znacznie większym stopniu czerpie z tego źródła, a także z poststrukturalistycznych prac Michela Foucaulta, niż ze społecznego kon-

strukcjonizmu, wprowadzając techniki bezpośrednio nawiązujące do analizy i dekonstrukcji tekstu.

3. Narracje, opowieści, historie

Wspólnym obszarem myślenia narracyjnego i konstrukcjonizmu jest uznanie, że rzeczywistość jest przez język konstruowana i że umysł ludzki ujmując rzeczywistość w formę opisów, narracji, interpretuje dziejące się zdarzenia jako określone historie, opowieści (Berger, Luckmann, 1983; Gergen, 1996). Jak pisze Brunner, „porządkujemy nasze doświadczenie, organizujemy naszą pamięć w formę narracji, historii, mitów” (Brunner, 1991, s. 4, za: Freedman, Combs, 1996). Narracja, „tekst” osoby zawiera system znaczeń, jaki nadaje ona swojemu życiu, relacjom. Doświadczenia osób nie mogą być inaczej opisane jak tylko w formie opowieści. Podstawowym aspektem tego procesu strukturywania doświadczeń w postaci opowieści jest nadawanie sensu. Z terapeutycznego punktu widzenia istotne jest to, że narracje, którymi dana osoba zwykła opisywać życie swoje i innych, stają się podstawą interpretacji dziejących się wydarzeń, wpływają na to, jakie aspekty doświadczenia zostają dostrzeżone, a następnie wyrażone. Można więc powiedzieć, że opowieść kształtuje życie, które dalej toczy się zgodnie z nią (White, 1991).

Warto pokreślić, że narracje osób pozostają pod wpływem systemu wiedzy zawartego w kulturze, w opowieściach, jakie dana społeczność wspólnie negocjuje i wykorzystuje dla nadania znaczenia swoim doświadczeniom. Poznanie sposobu, w jaki osoba interpretuje teksty kultury, ma znaczenie, szczególnie gdy konstrukty kulturowe mają charakter opresyjny.

4. Nowy język, nowe metafory

Omawiane zmiany znacząco zmodyfikowały język i styl prowadzonej terapii. Pojęciami kluczowymi stały się słowa: dialog, dyskurs, rozmowa. Oczywiście rozmowa była zawsze istotą psychoterapii, ale w tym kontekście jej konstytutywne znaczenie zostało na nowo odkryte. Za Goolishianem i Anderson (1991) można zatem powiedzieć, że terapeuci rodзинni identyfikujący się z ponowoczesnymi podejściami

w terapii rodzin zamienili metafory cybernetyczne na rzecz metafor narracyjnych i dialogu, zastępując pętle cybernetycznych sprzężeń zwrotnych pętlami konwersacji.

Osoby, rodziny rozumiane są teraz jako kultury tworzące opowieści. Tak jak wszystkie kultury, rodziny przedstawiają opowieści o tym, kim są, kim byli i kim będą. Narracje te mogą wyrażać *status quo*, mając zarazem moc konstytutywną.

W praktykach terapeutycznych bazujących na tych założeniach, pytania kluczowe dotyczą tego:

- jak poszczególne osoby w rodzinie dochodzą do takiego, a nie innego obrazu świata, relacji rodzinnych, obrazu siebie i innych członków rodziny;
- jakie jest miejsce znaczących osób, istotnych momentów życia, kluczowych decyzji w podtrzymywaniu danej opowieści;
- czy zawartość treściowa rodzinnych narracji jest wspólnie ustalana;
- czy są one podatne na modyfikacje, zmiany, nowe informacje i nowe doświadczenia.

Ujmowanie rodziny jako kultury pozwala na zobaczenie jej opowieści w szerszym kontekście socjopolityczno-kulturowym, dzięki czemu możemy traktować ją jako subkulturę w szerszej kulturze. Pozwala to na połączenie jej życiowej opowieści z historycznym aspektem doświadczenia.

Innym ważnym aspektem rozumienia rodziny jako kultury jest włączenie problematyki władzy, przemocy, dominacji do dyskursu terapeutycznego, co było trudne przy stosowaniu metafory cybernetycznej. Warto w tym kontekście przytoczyć krytykę feministyczną, która podkreślała, że sposób, w jaki terapeuci systemowi, w okresie cybernetyki I rzędu, rozumieli cyrkularne wzorce interakcji, nie tylko uniemożliwiał skuteczne podejmowanie problematyki przemocy, lecz także w niedostatecznym stopniu rozpoznawał skalę przemocy w relacjach rodzinnych. Ujmowanie cyrkularności jako „powtarzających się wzorców wzajemnie wzmacniających się zachowań” czy, mówiąc metaforycznie, jako „relacyjnego tańca równoprawnych uczestników” utrudniało zobaczenie, iż w tańcu tym uczestniczą osoby o różnej sile i możliwości kształtowania relacji.

5. Proces terapii. Znaczenie dialogu

Niewątpliwie w omawianych podejściach mamy do czynienia z nowym rozumieniem procesu terapeutycznego. Przyjęcie kulturowej, antro-

pologicznej perspektywy zmieniło praktyki terapeutyczne, które stały się bardziej zorientowane na współpracę. Podważeniu poddane zostaje nawet samo słowo „terapia”. White i Epston piszą:

sądzymy, że słowo terapia jest nieadekwatne w stosunku to naszej pracy. Słownik Penguin Macquarie opisuje terapię „jako leczenie chorób, zaburzeń, defektów poprzez stosowanie medycznych, leczniczych zabiegów”. W naszej pracy nie rozpatrujemy problemów w kategoriach choroby i nie uważamy, że to, co robimy, ma cokolwiek wspólnego z leczeniem (White, Epston, 1990, s. 14).

Autorzy ci opowiadają się za propozycją Anderson i Golishiana, którzy próbując zastąpić pojęcie terapii, nazywają swoje działania „systemami opartymi na współpracy językowej” lub „terapeutycznymi rozmowami” (Anderson, 1995).

Proces terapii staje się więc działaniem lingwistycznym, którego osią jest proces współ-tworzenia nowych znaczeń. Jak piszą Anderson i Golishian:

Celem [terapii] jest uczestniczenie w konwersacji, która „stale rozluźnia się i otwiera raczej, niż zacieśnia i zamyka”. Poprzez konwersację terapeutyczną ustalone znaczenia i zachowania (sens, jaki ludzie nadają rzeczom i ich działaniom) dostają więcej miejsca, rozszerzają się, przesuwają i zmieniają. Nic więcej nie jest potrzebne (Anderson, Goolishian, 1988, s. 381).

Podstawowym punktem odniesienia staje się to, jak pacjent interpretuje swoją sytuację życiową, a w rezultacie jak ją konstruuje. Problem lub konflikt nie jest więc rozpatrywany jako rzeczywistość zewnętrzna, a „zostaje powołany do życia przez opis, który nadaje mu takie, a nie inne znaczenie” (Barbaro, Barbaro, 1998, s. 66). Zmiana opisu stanowi rozwiązanie. To, co ważne, to założenie, że osoby korzystające z terapii dysponują twórczymi możliwościami, siłami pozwalającymi im pokonać trudności.

6. Relacja terapeutyczna

Opisywany proces oznacza zarazem zmianę w relacji terapeuty – pacjent, wyrażającą się w zakwestionowaniu metapozycji terapeuty. Dobrze ilustruje to zdanie Lynn Hoffman:

rozumienie [...] zmienia się i tworzy od nowa w każdym momencie interakcji. Terapeuta oczekuje, że nowe, bardziej użyteczne narracje wyłonią się podczas rozmowy. To rozmowa, a nie terapeuta jest ich autorem (Hoffman, 1991).

Postawa ta, po raz pierwszy wyraźnie ujawniana przez Harry'ego Goolishiana i Harlene Anderson, zakłada swoiste „niewiedzenie” (*not-knowing*), dzięki któremu pojawia się przestrzeń na konwersację. Utrzymanie się w pozycji „niewiedzenia” pozostawia zarazem miejsce na uznanie pacjenta za eksperta w zakresie własnego życia. Poglądy terapeuty stają się opowieścią terapeuty, która nie jest uprzywilejowana w stosunku do opowieści pacjenta.

W tym ujęciu terapeuta jest „mistrzem konwersacji, architektem dialogu, którego kunszt tworzy i utrzymuje konwersację dialogową” (Anderson, Goolishian, 1988, s. 381). Terapeuta, nazywany czasami „wiodącym uczestnikiem” rozmowy, jest jedynie odpowiedzialny za tworzenie miejsca na dyskurs i „za stałe kierowanie rozmowy w kierunku dialogowym”.

Mamy więc zatem inną, niż to było wcześniej praktykowane, filozofię spotkania terapeutycznego. Jest w nim miejsce na zaciekawienie terapeuty opowieściami poszczególnych członków rodziny, poszaniewanie ich integralności, prawo członków rodziny do odmowy uczestniczenia w spotkaniu, wrażliwość na wszystkie sygnały dyskomfortu, uwzględnianie oczekiwań osób, z którymi terapeuta się spotyka.

Utrzymanie się w pozycji „niewiedzenia” jest możliwe, gdy terapeuta skoncentruje się na procesie słuchania. Gdy słucha, uświadamia sobie z jednej strony własne uprzedzenia i założenia, z drugiej otwiera się na przekazywane mu historie.

Opisywane podejście zakłada, że terapeuta:

- pyta o wielość opisów;
- słucha po to, aby zrozumieć, jak doświadczenie życiowe osoby zostało skonstruowane;
- analizuje, czyj język spośród uczestników rozmowy jest uprzywilejowany. Stara się zaakceptować i zrozumieć opis języka osób, z którymi rozmawia. Nie narzuca swojego języka. Bada, co wnosi różnorodność opisów, jakie wylaniają się w trakcie rozmowy;
- identyfikuje opowieści, które podtrzymują problemy osoby, rodziny, które ograniczają i utrudniają życie osobie i jej rodzinie. Zadaje sobie pytanie, jakie opowieści są marginalizowane i z jakiego powodu. Zastanawia się, jak można zaprosić osobę, aby zaangażowała się w wyzwolenie tych ukrytych marginalizowanych historii;
- jest skoncentrowany na ustalaniu znaczeń;
- zaprasza osoby uczestniczące w terapii, aby oceniały przebieg pracy i dzieliły się swoimi odczuciami;
- unika patologizowania i normatywizujących, klasyfikujących opisów. Wspólnie z zainteresowanymi osobami definiuje, co jest problemem;

- nie ukrywa swojego systemu wartości, orientacji seksualnej, kontekstu życia oraz intencji swojego działania (Freedman, Combs, 1996).

7. Terapia narracyjna

Podejście narracyjne rozumiane bardzo szeroko możemy odnaleźć w pracy wielu psychoterapeutów rodzinnych. Warto tutaj wymienić postmediolańską szkołę reprezentowaną przez Gianfranco Cecchina i Luigiego Boscolo, model zespołu reflektującego Toma Andersena, czy model terapii bazujący na koncepcji skryptu rodzinnego Johna Byng-Halla.

Z terapią narracyjną, w wąskim znaczeniu tego słowa, najpełniej identyfikowany jest wspomniany już wcześniej Michael White, chociaż jego poglądy pozostają także pod dużym wpływem myśli Foucaulta (1987; 1999). Warto podkreślić, iż White za Foucaultem, wiele miejsca poświęca problematyce władzy, praktykom jej sprawowania, opisom opresji, w jakich znajdują się osoby dzielące pewne przekonania kulturowe. Swoje analizy odnosi także do psychiatrii i psychoterapii, wskazując, jak profesjonaliści zostali upoważnieni przez naszą kulturę do używania wiedzy naukowej poprzez diagnozowanie i klasyfikowanie. Zdaniem autora to „używanie” staje się „nadużywaniem” z powodu totalizujących efektów etykietowania i praktyk wykluczających, które towarzyszą etykietom. Stąd też przedmiotem szczególnej refleksji White’a jest możliwość znajdowania się w „opresji przekonań podzielanych przez innych”. Stąd też podejmowane przez autora działania dekonstruuje odnoszące się do profesjonalnych oddziaływań i procedur stosowanych w obszarze psychoterapii.

Wypracowane przez White’a zasady terapii opierają się na przekonaniu o ścisłym związku między sposobem, w jaki osoba opowiada o sobie i o własnym życiu, a rozumieniem i doświadczaniem siebie. Zakłada on, że ludzie doświadczają problemów, wtedy gdy opowieści, jakie mają o sobie, stworzone przez nich lub przez inne osoby, nie oddają w pełni ich życiowych doświadczeń. Stąd proces terapii ma stać się pisanem na nowo historii życia, poprzez wcześniejsze zakwestionowanie, podważenie „obowiązujących” opisów. Jego podejście, rozwijane we współpracy z Epstonem, zasadza się na kilku podstawowych pojęciach, takich jak opowieść dominująca, szczególne rezultaty, dekonstrukcja dominującej opowieści, eksternalizacja problemu.

Przez opowieść dominującą autorzy rozumieją opis historii życia, możliwości, które kształtują się w określonym rodzinnym i kulturowym kontekście i które oparte są na przesłankach, oczekiwaniach potwierdzających wcześniejsze przekonania. Istotą dominującej opowieści jest jej uprzywilejowanie w stosunku do innych alternatywnych opisów. White i Epston, cytując Brunnera, podkreślają ważność innych, możliwych alternatywnych opisów:

życie jest zawsze bogatsze niż dyskurs. Narracje organizują i nadają znaczenie doświadczeniom, ale zawsze pozostają uczucia i wydarzenia, które nie są objęte dominującą opowieścią (Brunner, 1986 s. 143, za: White, Epston, 1990).

White podkreśla, że konsekwencją dominującej opowieści jest bagatelizowanie i niedostrzeganie, zarówno przez osobę, jak i przez jej otoczenie, zachowań, sytuacji różniących się od „obowiązującego”, „problemowego” opisu. Te sytuacje, zachowania czy, jak je nazywa, szczególne rezultaty, wyjątki od reguły, jedyne w sobie osiągnięcia (*unique outcomes*), nie zostają włączane do doświadczenia życiowego i nie modyfikują głównej opowieści (White, 1991).

7.1. Dekonstrukcja dominującej opowieści

Podstawowym celem terapii narracyjnej staje się analiza i dekonstrukcja tej opowieści, narracji, która powoduje trudności w życiu pacjenta i jego rodziny, w celu „przepisania” jej na nowo (*re-storing*) na opowieść bardziej wyrażającą potrzeby i możliwości osoby. Proces ten określony przez White’a jako reautoryzacja (*re-authorising*) pozwala na bycie autorem własnej opowieści, bycie autorem „scenariusza” własnego życia (White, 1991). White rozpatruje narracje osób doświadczających problemów poprzez odwołanie się do analogii tekstu. Korzystając z metod analizy tekstu, proponuje procedurę, która dekonstruuje narrację wywołującą trudności osoby, rodziny, a następnie pracuje nad opowieściami alternatywnymi, nowymi w stosunku do poprzedniej. Ważnym aspektem procesu terapii jest wyposażenie osoby czy rodziny w siłę (*empowering*), która pozwoli jej na stworzenie innych, nowych opisów umożliwiających wydostanie się z opresji współtworzonych przez stare opowieści (White, 1991).

Opisując swoje podejście, White (1991) zwraca uwagę, iż proponowane przez niego procedury dekonstrukcyjne ułatwiają ludziom zdystansowanie się wobec tego stylu życia i myślenia, które jest przez nich oceniane jako wyniszczające ich samych i ich bliskich. Jego zdaniem dekonstrukcję umożliwia postawa ciekawości, zarówno terapeuty, jak i osoby, która korzysta z terapii, wobec tych wszystkich alternatywnych możliwości bycia inną osobą, które mogą się wyłonić w trakcie terapii.

Istotną fazą opisywanego procesu jest praca nad eksternalizacją problemu. Polega ona na oddzieleniu się osoby od objawów, dzięki czemu problemem staje się objaw, a nie osoba. Zakłada się, że zmiana jest możliwa, gdy pacjent nie myśli o problemie jako integralnej części swojej osoby. Jednocześnie nie oznacza to, iż eksternalizacja zwalnia osobę od odpowiedzialności za zakres, w jakim uczestniczy ona w podtrzymywaniu problemu. Przeciwnie, proces ten pomaga osobie być bardziej świadomą „swojej relacji z problemem”. White i Epston zwracają uwagę, że oddzielenie problemu od osoby nie tylko zmniejsza lęk, poczucie winy, wstydu, zwiększa poczucie kontroli, lecz także uwalnia osobę od opisów, które generują problem. Dodatkowo zachęca do tworzenia nowych, alternatywnych narracji na temat własnego życia i doświadczeń.

W procesie terapeutycznym terapeuci stosują różnorodne techniki przyspieszające proces eksternalizacji problemu, takie jak zadawanie specyficznych pytań, stosowanie metafor, pisanie listów. Techniki te konsekwentnie wykorzystują narracyjne idee, są, aby zacytować tytuł jednej z prac autorów, „narracyjnymi środkami, które doprowadzają do celów terapeutycznych”.

Podsumowanie

Zmiany, jakie zaszły w dziedzinie terapii rodziny, doprowadziły do wyłonienia się konstrukcjonistycznego/narracyjnego paradygmatu, kładącego nacisk na proces tworzenia znaczeń jako podstawę i cel terapii. Jest on zbieżny z teoriami wskazującymi na pierwszeństwo języka i społecznego kontekstu w porządkowaniu i interpretowaniu doświadczeń.

Można się zastanawiać, czy narastające w ostatnich latach ogromne zainteresowanie terapią narracyjną wynika z mody, czy też raczej z nośności narracyjnych metafor. Z perspektywy bieżącej trudno też ocenić znacznie nowego podejścia i jego ograniczenia. Niewątpliwie myślenie narracyjne na nowo przywróciło terapii rodzin osoby – narratorów rodzinnych opowieści, z ich różnymi historiami, rozumieniami, wcześniej ukrytych za metaforą rodzinnego systemu. Podobnie przywołało osobę terapeuty, z jego orientacją teoretyczną, sposobem rozumienia świata, doświadczeniami zawodowymi i osobistymi. Tym samym zbliżyło to terapię rodzin do innych podejść terapeutycznych. Nie przypadkiem pojawiają się próby asymilowania w obszar terapii rodzin problematyki *self*, czy wykorzystania w procesie terapii pojęć

psychoanalitycznych, opisujących relację psychoterapeutyczną, takich chociażby, jak pojęcie projekcji identyfikacyjnej czy przeniesienia. Wydaje się, że myślenie narracyjne może być dobrym pomostem łączącym różne teorie leżące u podstaw praktyk terapeutycznych. Wszak narracja jako metateoria pokazuje nam nasze teoretyczne koncepcje jako jedną z możliwych terapeutycznych opowieści.

Bibliografia

- Anderson H. (1995). *Systemy oparte na współpracy: postmodernistyczne podejście do praktyki konsultacyjnej*. The Conference: The Social Poetics of Therapeutic Conversations, wykład, seminarium, Marburg.
- Anderson H., Goolishian H. (1988). *Human systems as linguistic system: preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory*. „Family Process”, 27, 4, 371–393.
- Barbaro M. de, Barbaro B. de (1998). *Tom Andersen i jego koncepcja teamu reflektującego*. „Psychoterapia”, 4, 107, 65–76.
- Berger A., Luckmann T. (1983). *Spółeczne tworzenie rzeczywistości*. Tłum. J. Niznik. Warszawa: PIW.
- Brunner J.S. (1992). *Życie jako narracja*. „Kwartalnik Pedagogiczny”, 2, 27–41.
- Derrida J. (1992). *Pismo filozofii*. Wybór i przedmowa B. Banasiak. Kraków: Inter esse.
- Flaskas C. (2002). *Family therapy beyond postmodernism*. Hove and New York: Brunner-Routledge.
- Foerster H. von (1981). *Observing systems*. Seaside, CA: Intersystems.
- Foucault M. (1987). *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*. Warszawa: PIW.
- Foucault M. (1999). *Narodziny kliniki*. Warszawa: Wydawnictwo, KR.
- Freedman J., Combs G. (1996). *Narrative therapy. The social construction of preferred realities*. New York, London: W.W. Norton & Company.
- Gadamer H.G. (1993). *Prawda i metoda*. Kraków: Inter esse.
- Gergen K.J. (1996). *The poetics of relationships*. The Conference The Social Poetics of Therapeutic Conversations, wykład, seminarium, Marburg.
- Glasersfeld H. von (1987). *The construction of knowledge: contribution to conceptual semantic*. Seaside, CA: Intersystems.
- Goolishian H.A., Anderson H. (1991). *Esej o zmianie teorii i zmianie etyki: spojrzenie historyczne i poststrukturalne*. „AFTA Newsletter”, 46, 6–10.
- Hoffman L. (1991). *A reflexive stance for family therapy*. „Journal of Strategic and Systemic Therapies”, 10, 4–17.
- Maturana H.M., Varela F.J. (1980). *Autopoiesis and cognition. The realization of living*. Dordrecht, Holland: D. Reidl.
- Pare A.D. (1995). *Of families and other cultures: the shifting paradigm of family therapy*. „Family Process”, 31, 11–21.
- White M. (1991). *Deconstruction and therapy*. „Dulwich Centre Newsletter”, 3, 21–40.
- White M., Epston D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.